



**Zulassungsausschuss**

c/o KV RLP  
Hauptverwaltung Mainz  
Isaac-Fulda-Allee 14  
55124 Mainz

**E-Mail:** zulassung@kv-rlp.de

**Antrag auf Job-Sharing-Zulassung gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V als**

Vertragsarzt     Vertragspsychotherapeut

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.

---

Fachgebiet

---

ggf. Schwerpunkt/Richtlinienverfahren

---

Vertragsarztsitz (PLZ/Ort/Straße)

■ Die Praxistätigkeit soll in Berufsausübungsgemeinschaft mit

---

**Job-Sharing-Partner:** Titel/Vorname/Name

---

Fachgebiet

ggf. Schwerpunkt/Richtlinienverfahren

---

ab \*

\* bitte beachten Sie, dass ein Tätigkeitsbeginn **nur zum Quartalsbeginn** möglich ist

aufgenommen werden.

■ **Personalien des Antragstellers**

---

Titel/Vorname/Name

---

Geburtsdatum

---

Wohnort (PLZ/Ort/Straße)

---

Telefon

Telefax

---

E-Mail

■ **Zur Zeit tätig**

---

Funktion derzeitiger Tätigkeitsumfang

---

Arbeitgeber

■ **Das Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnis kann zum**

---

Datum

beendet bzw. im Umfang auf

---

Stunden/Woche

reduziert werden.

■ **Erklärung**

Ich erkläre, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin. Ich habe mich nicht innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen.

Gesetzliche Hinderungsgründe stehen der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegen.

■ **Bemerkungen**

---

---

---

---

---

---

---

---

■ **Nur für Internisten**

Ich beantrage die Zulassung als:

Hausarzt (ohne Schwerpunktbezeichnung)

fachärztlicher Internist

■ **Für Fachärzte mit der Gebietsbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie und für Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie**

Geplant ist:

- eine ausschließlich (mehr als 90 %) psychotherapeutische Tätigkeit
- eine überwiegende (mehr als 50 %) psychotherapeutische Tätigkeit
- der psychotherapeutische Anteil wird eher nachrangig (weniger als 50 %) sein

■ **Für Nervenärzte und Ärzte mit der Gebietsbezeichnung "Facharzt für Neurologie und Psychiatrie"**

Der Schwerpunkt meiner zukünftigen Tätigkeit wird voraussichtlich im Gebiet der

- Psychiatrie
- Neurologie

liegen.

**Folgende benötigte Unterlagen sind beigelegt bzw. beantragt:**

- Antrag Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)  
Das Antragsformular finden Sie auf unserer Website unter: [www.kv-rlp.de/160288](http://www.kv-rlp.de/160288)
- Gesellschaftsvertrag
- Auszug aus dem Arzt-/Psychotherapeutenregister (sofern nicht im Register der KV RLP eingetragen) im Original oder als beglaubigte Abschrift oder
- Antrag auf Eintragung in das Arzt-/Psychotherapeutenregister
- Nachweise über die **nach** der Registereintragung ausgeübten ärztlichen/psychotherapeutischen Tätigkeiten sowie Urkunden über erworbene Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen, Zusatzbezeichnungen im Original oder als beglaubigte Abschrift
- aktueller unterschriebener Lebenslauf
- Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG
- Erweitertes Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30a BZRG
- Nachweis des Bestehens eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes gemäß § 95e SGB V durch Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG

**Hinweis zur Beantragung eines Erweiterten Führungszeugnisses**

- Für die Zulassung, Anstellung oder Ermächtigung als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut bzw. Psychotherapeut, der ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelt, ist die **Vorlage eines Erweiterten Führungszeugnisses erforderlich**.

Die Voraussetzungen nach § 30a Abs. 1 BZRG sind erfüllt.

- Bitte legen Sie der Meldebehörde neben Ihrem Ausweisdokument und der beiliegenden Bescheinigung zudem die Facharzturkunde vor. Damit kann die Meldebehörde nachvollziehen, dass die Zulassung für das entsprechende Fachgebiet beantragt wird. Lassen Sie das Führungszeugnis an folgende Anschrift senden:

Zulassungsausschuss  
c/o Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz  
Isaac-Fulda-Allee 14  
55124 Mainz

Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Die für die Bearbeitung des Antrages benötigten Unterlagen sind beigefügt.

---

Datum

Unterschrift des Antragstellers

## Hinweise

- Eine Job-Sharing-Zulassung ist **nur zum Quartalsbeginn möglich**.
- Über die zu entrichtende Antragsgebühr in Höhe von € 100,00 erhalten Sie eine separate Rechnung.
- **Aus Sicherheitsgründen können wir nur Dateien im PDF-Format annehmen und verarbeiten.**

## **Bescheinigung zur Beantragung eines Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG bzw. eines Erweiterten Führungszeugnisses nach § 30a BZRG**

Hiermit bescheinigt die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, Körperschaft des öffentlichen Rechts, dass die Vorlage des Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG bzw. § 30a BZRG zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 18 Ärzte-ZV erforderlich ist.

Wir bitten um entsprechende Übersendung an:

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz  
Hauptverwaltung Mainz  
Isaac-Fulda-Allee 14  
55124 Mainz

für

---

Titel, Vorname, Name

Geburtsdatum

---

wohnhaft

---

Ausweisnummer

## Genehmigungspflichtigen Leistungen für Ärzte sowie Psychologische Psychotherapeuten

Das ergänzende Formular „Genehmigungspflichtigen Leistungen“ finden Sie ab sofort eigenständig auf unserer Homepage [www.kv-rlp.de](http://www.kv-rlp.de) wie folgt:

- ⇒ Im Bereich PRAXIS > Praxisorganisation > Formulare > unter dem Buchstaben G
- ⇒ Oder unter der Suchfunktion die Webcode-Ziffern 876243

siehe hier:






### Formulare

Auf dieser Seite finden Sie gesammelt die Formulare der KV RLP und ihrer Partner, darunter auch Anträge und Vorlagen.


A B C D E F **G** H I J K L M N O P Q R S T U V W Z

#### Übersicht

- Gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle 
- Genehmigungspflichtige Leistungen 

**Genehmigungspflichtige Leistungen** 

[Genehmigungspflichtige Leistungen Fachgruppen](#)

 Element schließen

Wir bitten um Beachtung. Vielen Dank.